

JEFFREY GRISSOM
DIRECTOR

ROBERT L. LAFER
CHIEF LEGAL COUNSEL



County of San Diego
DEPARTMENT OF CHILD SUPPORT SERVICES

220 W. BROADWAY, 6TH FLOOR
SAN DIEGO, CA 92101
(619) 236-7600

Mailing Address:
PO Box 122031, San Diego, CA 92112

Payment Address:
STATE DISBURSEMENT UNIT
PO BOX 989067
WEST SACRAMENTO, CA 95798

Estimado Padre:

Gracias por su interés en los servicios de mantenimiento de niños. Si usted gusta abrir un caso con nuestra oficina, por favor complete la aplicación adjunta. También puede encontrar la aplicación en la red del Internet: www.sandiegochildsupport.org. Hemos incluido un libro de ayuda en este paquete, el cual describe el proceso de mantenimiento de niños en California.

Agradeceremos que complete la aplicación lo mejor sea posible. No necesita contestar cada pregunta, pero cada pieza de información nos ayudará a obtener mantenimiento para sus hijos. Si usted ya tiene una orden de la corte para pagos de mantenimiento de hijos, por favor mándenos una copia de la orden con su aplicación.

Cuando usted complete la aplicación, la puede mandar por correo o traerla a nuestra oficina a la dirección que se menciona arriba. Usted también puede traerla personalmente a la Orientación de Casos Nuevos.

Se le recomienda que asista a la Orientación de Casos Nuevos. Esto le ayudará a entender con más claridad el proceso de mantenimiento de hijos. Para más detalles, vea la hoja Orientación de Casos Nuevos que se manda en este paquete.

Poco tiempo después de que recibamos sus formas completas, se le mandará una carta con su Número de Identificación Personal (PIN) y su numero de caso. Si usted no recibe correspondencia de esta oficina con su PIN y número de caso en las primeras 3 semanas desde la fecha en que mandó sus formas a nuestra oficina, por favor llame al número que se muestra abajo.

Los servicios que provee el Departamento de Servicios de Mantenimiento de Hijos son gratuitos. Su caso es muy importante para nosotros. Si necesita ayuda con su aplicación, tiene preguntas, o no habla Inglés, por favor llámenos al (619) 236-7600.

Esperamos poder asistirle pronto.

Sinceramente,

JEFFREY GRISSOM

POR FAVOR RECUERDE

- *Complete su aplicación lo mejor que pueda*
- *Complete el Cuestionario de Violencia Doméstica*
- *Complete la Forma de Solicitud de Servicios de Mantenimiento*
- *Incluya copias de todas las órdenes de mantenimiento de hijos*
- *Provea cuanta más información le sea posible*

REQUEST FOR SUPPORT SERVICES

INSTRUCTIONS: Read carefully before signing each of the areas below.

I request the services of the local child support agency to assist in my efforts to locate the noncustodial parent, establish paternity and/or secure support for the children listed in Section II.

I am applying for these services under the Child Support Enforcement Program under Title IV-D of the Social Security Act.

I will notify the local child support agency immediately of any of the following events:

- When each child marries, reaches age 19 or reaches age 18 and is not a full-time student, whichever occurs first.
- Any change in my residence address, mailing address, or telephone number.
- Any change in my employer, including name, address and telephone number.
- Any change in my income.
- Any change in the status, cost or availability of health insurance coverage.
- Any information regarding the whereabouts of the other parent(s).
- When the parent(s) move back in together with the children.
- Any change in the custody of the children.
- Any change in child care.

I am aware that the local child support agency and the Attorney General do not represent me, the other parent, or the children who are the subject of this case. No attorney-client relationship exists between the local child support agency or the Attorney General, and myself, the other parent, or the children. No attorney-client relationship will arise if the local child support agency or the Attorney General provides the support services I have requested.

I declare under penalty of perjury that I have read, understand and agree to all of the terms specified above.

SIGNATURE: _____ DATE: _____

Your signature below acknowledges your consent for any amounts overpaid to you to be deducted from future ongoing support payments. If you do not consent, the overpayment will be recouped by withholding all further interest and arrears payments until the overpayment is fully satisfied. Your consent is not mandatory for the receipt of services.

SIGNATURE: _____ DATE: _____

DCSS Case No.:

CONDADO DE SAN DIEGO

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE MANTENIMIENTO DE HIJO(S)

ESCRIBA CON LETRA DE IMPRENTA (USE TINTA AZÚL O NEGRA)

COMPLETE LAS DOS PAGINAS

HECHOS ACERCA DEL PADRE CON CUSTODIA O GUARDIAN Y HIJO(S)

SU NOMBRE PRESENTE: APELLIDO, PRIMER NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE		SUS NÚMEROS DE TELEFONOS: CASA:		MEJOR HORA PARA LLAMAR: <input type="checkbox"/> A.M. <input type="checkbox"/> P.M.	
NOMBRE DE SOLTERA :		SEXO: <input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/> MASCULINO		TRABAJO:	
				CELULAR:	
				OTRO (ESPECIFIQUE):	
SU DOMICILIO: CALLE:		CIUDAD:		ESTADO:	
				CODIGO POSTAL:	
				DOMICILIO ELECTRONICO (E-MAIL)	

ESTA USTED VIVIENDO CON EL PADRE SIN CUSTODIA? SÍ NO (SI NO, FAVOR DE DAR EL ULTIMO DOMICILIO Y FECHA EN QUE VIVIERON JUNTOS)
 FECHA: CALLE: CIUDAD: ESTADO: CODIGO POSTAL:

SU NUMERO DE SEGURO SOCIAL:	FECHA DE NACIMIENTO:	LUGAR DE NACIMIENTO:	GRUPO ETNICO	LENGUAJE PRINCIPAL:	NUMERO DE LICENCIA DE MANEJAR:	ESTADO:	RELACION CON EL (LOS) HIJO(S)
NOMBRE Y DOMICILIO DE SU TRABAJO: NOMBRE: CALLE: CIUDAD: ESTADO: CODIGO POSTAL:				SALARIO MENSUAL ANTES DE IMPUESTOS:		NOMBRE Y TELEFONO DE UN AMIGO O FAMILIAR QUE PUEDA HACER CONTACTO CON USTED:	

ENLISTE OTRAS FUENTES DE GANANCIAS:

FECHA Y LUGAR DE MATRIMONIO CON EL PADRE SIN CUSTODIA (SI NUNCA SE CASARON ESCRIBA: "NINGUNO") FECHA: CONDADO Y ESTADO:	FECHA Y LUGAR DE DIVORCIO CON EL PADRE SIN CUSTODIA (SI NUNCA SE DIVORCIARON ESCRIBA: "NINGUNO") FECHA: CONDADO Y ESTADO:
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

SI EL PADRE SIN CUSTODIA VIVE FUERA DEL ESTADO DE CALIFORNIA, POR FAVOR CONTESTE LAS PREGUNTAS 1-2

1. HA VIVIDO ALGUNA VEZ EL PADRE SIN CUSTODIA EN CALIFORNIA? SÍ NO SÍ CONTESTO SÍ, CUANDO? DONDE?
 2. HA TRABAJADO EL PADRE SIN CUSTODIA EN CALIFORNIA? SÍ NO SÍ CONTESTO SÍ, CUANDO? DONDE?

HA TENIDO USTED ALGUN CASO DE MANTENIMIENTO DE HIJOS CON OTRA AGENCIA? (SI CONTESTO SI, FAVOR DE DAR: FECHA, CIUDAD, ESTADO)
 FECHA DESDE: HASTA: CIUDAD: ESTADO: HA RECIBIDO USTED AYUDA MONETARIA (WELFARE) POR ÉL(LOS) HIJO(S)? SÍ NO

EL PADRE SIN CUSTODIA HA SIDO ORDENADO POR LA CORTE PAGAR MANTENIMIENTO POR EL(LOS) HIJO(S) ENLISTADO(S) ABAJO? SÍ NO EN TRAMITE NUMERO DE LA ORDEN DE LA CORTE:
 CANTIDAD ORDENADA: \$ POR SEMANA POR MES OTRO _____ FECHA DE LA ORDEN: CONDADO:

NOMBRE COMPLETO DE LOS HIJOS DEL PADRE SIN CUSTODIA (SI EL HIJO NO HA NACIDO, ESCRIBA: "NO NACIDO" Y FECHA EN QUE NACERA)
 (UNA APLICACION ADICIONAL SE NECESITARA SI USTED TIENE HIJOS ADICIONALES DE OTRO PADRE SIN CUSTODIA)

NOMBRE	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO (CIUDAD Y ESTADO)	NUMERO DE SEGURO SOCIAL	HIJO(A) VIVE CON USTED	*DECLARACIÓN DE PATERNIDAD	ESTADO DONDE HIJO(A) FUE CONCEBIDO
1.				-- --			
2.				-- --			
3.				-- --			
4.				-- --			

**Indique sí usted y el otro padre han firmado la declaración de paternidad. La declaración de paternidad es un documento usualmente firmado en el hospital donde haya nacido su hijo(a).*

COMENTARIOS: (POR FAVOR ADJUNTE UNA HOJA APARTE SI NECESITA ESPACIO ADICIONAL)

COMPLETE LAS DOS PAGINAS

LA FECHA DE SOLICITUD:

ID DE LA APLICACION:

HECHOS Y DATOS ACERCA DEL PADRE SIN CUSTODIA

NOMBRE DEL PADRE SIN CUSTODIA: APELLIDO, PRIMER NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE		NÚMEROS DE TELÉFONO DEL PADRE SIN CUSTODIA: CASA: TRABAJO: CELULAR: OTRO (ESPECIFIQUE):	
RELACIÓN CON LOS HIJOS: <input type="checkbox"/> PADRE <input type="checkbox"/> MADRE	SEXO: <input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/> MASCULINO		
EL PADRE SIN CUSTODIA ES CONOSIDO CON ALGÚN OTRO NOMBRE? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI CONTESTO SÍ, CUAL ES::	NOMBRE DE SOLTERA:	DOMICILIO ELECTRONICO(E-MAIL):	

DOMICILIO DEL PADRE SIN CUSTODIA: CALLE: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CODIGO POSTAL: _____

ESTE DOMICILIO ES ACTUAL? SÍ NO DE QUE FECHA FUÉ: _____

EL PADRE SIN CUSTODIA ESTA EN LA CARCEL? SÍ NO SI CONTESTÓ SÍ, DENOS LA INFORMACIÓN ENSEGUIDA:
 EL PADRE SIN CUSTODIA ESTÁ EN LIBERTAD CONDICIONAL? SÍ NO
 FECHA: _____ AGENCIA: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ DELITO (RAZÓN): _____

EL PADRE SIN CUSTODIA SEGURO SOCIAL:	NUMERO DE LICENCIA DE MANEJAR:	ESTADO:	FECHA DE NACIMIENTO O EDAD APROXIMADA:	LUGAR DE NACIMIENTO:
--------------------------------------	--------------------------------	---------	----------------------------------------	----------------------

ES EL PADRE SIN CUSTODIA CIUDADANO AMERICANO? SÍ NO SI CONTESTÓ NO, DE QUE PAIS ES CIUDADANO: _____

DESCRIPCIÓN FISICA DEL PADRE SIN CUSTODIA: (FAVOR DE PROPORCIONAR UNA FOTO)

GRUPO ETNICO:	COMPLECCIÓN:	LENGUAJE PRINCIPAL:
CABELLO:	OJOS:	ESTATURA:
		PESO:
		MARCAS, TATUAJES, CICATRICES, ETC.:

NOMBRE Y DOMICILIO DEL TRABAJO DEL PADRE SIN CUSTODIA: (SI NO TRABAJA, ESCRIBA: "DESEMPLEADO")				NÚMERO DE TELÉFONO:	SALARIO ESTIMADO DEL PADRE SIN CUSTODIA ANTES DE IMPUESTOS:
NOMBRE:	CALLE:	CIUDAD:	ESTADO:	CODIGO POSTAL:	

TRABAJA POR CUENTA PROPIA

SI EL PADRE SIN CUSTODIA ESTA DESEMPLEADO O EL EMPLEADOR NO SE CONOCE, DÉ EL NOMBRE Y DOMICILIO DE ÉL ÚLTIMO EMPLEADOR:

NOMBRE:	CALLE:	CIUDAD:	ESTADO:	CODIGO POSTAL:	NÚMERO DE TELÉFONO:	\$
---------	--------	---------	---------	----------------	---------------------	----

¿PREVIO SERVICIO MILITAR? SI/NO GUARDIA NACIONAL RESERVA RETIRADO(A)

OCUPACIÓN DEL PADRE SIN CUSTODIA: _____ ENLISTE ALGUNA OTRA OCUPACIÓN DEL PADRE SIN CUSTODIA: _____

EL PADRE SIN CUSTODIA ES MIEMBRO DE ALGÚN SINDICATO LABORAL? SÍ NO

NOMBRE Y NÚMERO DEL SINDICATO:	DOMICILIO:	CIUDAD:	ESTADO:	CODIGO POSTAL:
--------------------------------	------------	---------	---------	----------------

SI TIENE NEGOCIO PROPIO, CUAL ES EL NOMBRE DEL NEGOCIO? _____ SALARIO ESTIMADO AL MES: \$ _____

ES EL PADRE SIN CUSTODIA UN TRABAJADOR CONSTANTE? SÍ NO SI CONTESTO NO, EXPLIQUE: _____

ENLISTE CUALQUIER OTRO TIPO DE GANANCIA QUE EL PADRE SIN CUSTODIA PUEDA TENER: (BENEFICIOS DE VETERANOS, DESABILIDAD DEL SEGURO SOCIAL, INTERESES, DIVIDENDOS, INVERSIONES, ETC.)

NOMBRE DE LOS PADRES DEL PADRE SIN CUSTODIA:

APELLIDO DE SOLTERA DE LA MADRE: NOMBRE:	DOMICILIO:	CIUDAD:	ESTADO:	NÚMERO DE TELÉFONO:
APELLIDO DEL PADRE:	DOMICILIO:	CIUDAD:	ESTADO:	NÚMERO DE TELÉFONO:

AMIGO(A) O FAMILIAR DEL PADRE SIN CUSTODIA Y DOMICILIO QUE PUEDA SABER DONDE VIVE EL PADRE AUSENTE:

NOMBRE	RELACIÓN	DOMICILIO	CIUDAD	ESTADO	NÚMERO DE TELÉFONO

EL PADRE SIN CUSTODIA VISITA A EL (LOS) HIJO(S)? SÍ NO ¿QUE PORCENTAJE DE TIEMPO? _____

EL PADRE SIN CUSTODIA TIENE ALGUNA OTRA OBLIGACIÓN DE MANTENIMIENTO DE HIJOS? SÍ NO SI CONTESTÓ SÍ, QUE CANTIDAD? \$ _____

EL PADRE SIN CUSTODIA TIENE OTROS HIJOS MENORES EN SU CASA? SÍ NO SI CONTESTO SÍ, CUANTOS HIJOS? _____

ESTADO CIVIL ACTUAL: SOLTERO(A) CASADO(A) DIVORCIADO(A) SEPARADO(A) VIVIENDO CON OTRO(A)

YO, SOLICITO LOS SERVICIOS DEL DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO DE HIJOS PARA ASISTIRME EN LA(S) SIGUIENTE(S) AREA(S): (MARQUE TODAS LAS QUE NECESITE)

<input type="checkbox"/> ESTABLECER PATERNIDAD	<input type="checkbox"/> MODIFICAR UNA ORDEN EXISTENTE	<input type="checkbox"/> MI(S) HIJO(S) AHORA TIENE(N) SUGURO DE SALUD SATISFACTORIO, ENFORZAMIENTO NO ES NECESARIO
<input type="checkbox"/> OBTENER UNA ORDEN DE MANTENIMIENTO DE HIJOS	<input type="checkbox"/> OBTENER UNA ORDEN DE SEGURO DE SALUD	
<input type="checkbox"/> ENFORZAR UNA ORDEN ACTUAL DE MANTENIMIENTO DE HIJOS INCLUYENDO MANTENIMIENTO ATRAZADO.	<input type="checkbox"/> ENFORZAR UNA ORDEN EXISTENTE DE SEGURO DE SALUD	

ESTOY SOLICITANDO POR SERVICIOS DE MANTENIMIENTO BAJO EL PROGRAMA DE ENFORZAMIENTO DE MANTENIMIENTO DE HIJOS DEL TITULO IV-D DEL ACTO DEL SEGURO SOCIAL. DECLARO BAJO PENA DE JURAMENTO (CODIGO PENAL, SECTION 118) QUE ESTE CUESTIONARIO HA SIDO EXAMINADO POR MÍ, Y QUE BAJO MI MEJOR RAZONAMIENTO ES CORRECTO Y VERDADERO.

FECHA: _____ FIRMA DEL SOLICITANTE _____

YO SOY: PADRE CON CUSTODIA PADRE SIN CUSTODIA GUARDIAN

QUESTIONARIO SOBRE VIOLENCIA DOMESTICA – SOSTENIMIENTO AL NIÑO

AVISO: Si usted no completa y regresa esta forma, el gobierno federal hara pública la información acerca de usted o del paradero del niño o niños a otras agencias de sostenimiento y posiblemente al otro padre-madre del niño o niños.

Su nombre: _____

Caso No.: _____

Nombre de la otra parte: _____

SECCION I: Marque la casilla apropiada de acuerdo a cada pregunta.

1. ¿Ha sido usted o el niño(a) a su cuidado víctima de violencia doméstica o de abuso a menores cometido por la otra parte en el caso de sostenimiento? Si No
2. ¿Ha obtenido usted alguna vez una orden de restricción, orden de protección de necesidad urgente u orden para permanecer alejado(a) en contra de la otra parte en su caso de sostenimiento? Si No
Si contesta "Si", adjunte por favor una copia de dicha orden y provéa la información siguiente:
Condado/Estado: _____ Número de Caso del Tribunal : _____
Fecha de Expiración: _____
3. ¿Recibe usted o el niño(a) a su cuidado asistencia pública? Si No
Si contesta "Si" ¿desea usted reclamar "Causa Justificada", en inglés denominada "Good Cause" porque puede incrementar el riesgo de daño físico, sexual o emocional a usted o su(s) niño(s), y solicita que el departamento de welfare autorice que su caso de sostenimiento sea cerrado? Si No

SECCION II: Complete esta sección solamente si usted contestó "Si" a cualquiera de las respuesta en la Sección I.

Por favor provea información detallada de violencia doméstica, incluyendo fechas, horas, lugares y testigos. (Si es necesario incluya hojas adicionales.)

SECCION III: Marque la casilla apropiada, firme, feche y regrese la forma a la agencia local de sostenimiento al niño.

- La publicación de mi dirección u otra información identificando mi localización podría perjudicarme a mi o al(los) niño(s) a mi cuidado. Yo estoy solicitando que mi dirección u otra información de identificación no sea proveida a la otra parte en este caso. Esta solicitud para no revelación de información permanecera en efecto hasta que yo notifique por escrito a la agencia de sostenimiento al niño, y la oficina que maneja mi caso acuse recibo de mi solicitud. Yo entiendo que bajo ley federal, una persona autorizada puede someter una solicitud por escrito al tribunal que tiene jurisdicción para producir o ejecutar determinaciones de custodia o visitación de menores. Yo sere notificado(a) por escrito por la agencia local de sostenimiento al niño si el tribunal ordena la publicación de información en mi caso.
- La publicación de mi dirección u otra información identificando mi localización no es perjudicial para mi o el(los) niño(s) a mi cuidado. Yo entiendo que esta información se hará disponible al gobierno federal, tribunales, agencias de sostenimiento al niño y algunas veces al otro padre(madre) del(los) niño(s).

Yo declaro bajo pena de juramento falso bajo las leyes del estado de California que lo anterior es verdad y es correcto.

Fecha

Firma

NOTIFICACION SOBRE EL PROGRAMA DE SERVICIOS DE MANTENIMIENTO DE HIJOS

LO QUE EL PROGRAMA DE SERVICIOS DE MANTENIMIENTO DE HIJOS PUEDE HACER POR UD.:

Todos los niños tienen derecho a que los mantengan ambos padres. Cualquier persona, incluyendo a un/a padre/madre que no tenga la patria potestad (custodia), independiente de si recibe asistencia pública o no, puede solicitar servicios de mantenimiento. Algunos de los servicios que están a la disposición son los siguientes:

- localizar a los padres con el propósito de que cumplan con el mantenimiento;
- establecer la paternidad (paternidad legal);
- establecer una orden de mantenimiento de hijos o mantenimiento en relación con la atención médica;
- hacer cumplir una orden de mantenimiento de esposa/o, junto con una orden de mantenimiento de hijos;
- cobrar y distribuir pagos de mantenimiento.

NO SE PROPORCIONAN SERVICIOS RELACIONADOS CON LA PATRIA POTESTAD, NI CON LAS VISITAS.

LA AGENCIA LOCAL DE MANTENIMIENTO DE HIJOS PROPORCIONA SERVICIOS A NOMBRE DEL ESTADO DE CALIFORNIA. ELLOS NO LE REPRESENTAN A USTED, NI SON SUS ABOGADOS. PUESTO QUE USTED NO ES SU CLIENTE, LA INFORMACION QUE PROPORCIONE NO ES CONFIDENCIAL BAJO EL PRIVILEGIO ENTRE ABOGADO Y CLIENTE.

REVELACION DEL NUMERO DE SEGURO SOCIAL

La información en su caso se puede discutir o revelar al Estado, al Departamento de Servicios de Mantenimiento de Hijos, a otras agencias públicas autorizadas legalmente para recibir dicha información, y al/a la otro/a padre/madre o a su abogado/a, en la medida en que lo exija la ley. A la agencia local de mantenimiento de hijos se le exige, de acuerdo a lo estipulado en la Sección 466(a)(13) del Decreto del Seguro Social, que incluya, en los expedientes relacionados con el mantenimiento de hijos, el número de Seguro Social de cualquier persona que este sujeta a un decreto de divorcio, una orden de mantenimiento de hijos o una determinación o aceptación de paternidad. La información sobre el número de Seguro Social es obligatoria, y se mantendrá en el expediente de la agencia local de mantenimiento de hijos para localizar a individuos con el propósito de establecer, modificar y hacer cumplir las obligaciones sobre el mantenimiento de hijos. Es posible que para inscribir a un/a niño/a en un seguro médico sea necesario dar el número de Seguro Social y la dirección postal del/de la niño/a al empleador del/de la otro/a padre/madre, o darle el número de Seguro Social al/a la otro/a padre/madre.

COOPERACION CON LA AGENCIA DE MANTENIMIENTO DE HIJOS

Cuando usted solicite servicios, tiene que cooperar con la agencia local de mantenimiento de hijos proporcionando cualquier información o documentos que se necesiten para establecer la paternidad o para localizar al/a la padre/madre, a fin de obtener pagos de mantenimiento para su hijo/a. Una vez que se hayan solicitado los servicios de la agencia local de mantenimiento de hijos, la agencia local de mantenimiento de hijos determinara las medidas mas apropiadas que se deban tomar. Se le tienen que entregar todos los pagos de mantenimiento a la agencia local de mantenimiento de hijos.

Cuando usted solicite o reciba servicios de mantenimiento, usted es responsable de informarle inmediatamente a la agencia local de mantenimiento de hijos cualquier cambio en las circunstancias o información. Los siguientes son algunos ejemplos:

- el/la hijo/a se va del hogar;
- cambios de número de teléfono o dirección (incluyendo un traslado o otro estado, condado o país);
- discontinuación de la asistencia publica (CalWORKs);
- cambio de nombre
- comienzo de cualquier procedimiento legal o de divorcio;
- información sobre el/la padre/madre que no tiene la patria potestad;
- recibo directo de cualquier pago de mantenimiento de hijos, esposa/o o familia.

SUS DERECHOS

Usted tiene derecho a obtener asesoramiento legal, que usted mismo/a pague, de un/a abogado/a particular o de una agrupación de asistencia legal. Si usted contrata a un/a abogado/a, tiene que informárselo a la agencia local de mantenimiento de hijos. Para obtener asistencia legal gratuita, puede comunicarse con la Oficina del/de la Moderador/a de Ley Familiar del Tribunal Superior.

Si usted tiene una orden de mantenimiento en el Estado de California, puede pedirle a la agencia local de mantenimiento de hijos que revise su orden de mantenimiento, para determinar si se debería cambiar la cantidad de mantenimiento, basándose en las normas seguidas en todo el estado. Si la cantidad de mantenimiento no cumple con las normas para el cambio, la agencia local de mantenimiento de hijos tiene que proporcionarle a usted o al/a la otro/a padre/madre, si la solicitan, información sobre la manera en que puede obtener los formularios para pedir al tribunal que cambie la cantidad ordenada de mantenimiento. Además, la agencia local de mantenimiento de hijos tiene que informarle a usted acerca de la fecha inicial, hora y propósito de cada audiencia relacionada con la paternidad o el mantenimiento. Usted también tiene derecho a leer el expediente del actuario del condado (county clerk) a menos que esa información se prohíba legalmente, por los requisitos de confidencialidad.

Usted o el/la otro/a padre/madre puede cuestionar asuntos relacionados con el mantenimiento, patria potestad, visitas, y órdenes judiciales mediante las cuales se prohíben determinadas conductas (restraining orders). La agencia local de mantenimiento de hijos le dará copias de la orden más reciente que se presentó en su caso. Usted puede ir al tribunal para hacer cumplir su orden de mantenimiento, pero tiene que darle a la agencia local de mantenimiento de hijos una notificación por adelantado, si pretende presentar su propia medida de cumplimiento. Si la agencia local de mantenimiento de hijos no responde a su notificación, en un plazo de 30 días, o si dicha agencia le informa a usted que puede proceder, puede presentar su propia medida de cumplimiento, siempre y cuando todo el mantenimiento se pague a través de la agencia local de mantenimiento de hijos.

La agencia local de mantenimiento de hijos tiene que tener el permiso de una persona que no reciba asistencia pública, antes de presentar una estipulación que afecte la orden de mantenimiento, en el cual esa persona aparezca como una de las partes interesadas. La agencia local de mantenimiento de hijos no puede presentar, sin el consentimiento de una persona que no reciba asistencia pública, una estipulación que reduciría la cantidad atrasada de mantenimiento de hijos, cuando a esa persona se le debe mantenimiento atrasado, mayor de la cantidad de asistencia pública que no se ha reembolsado.

Los pagos que recibe la agencia local de mantenimiento de hijos se aplican en la siguiente orden:*

1. Mantenimiento mensual actual;
2. Intereses;
3. Mantenimiento atrasado-primero, pagos atrasados no relacionados con la asistencia pública; luego, pagos atrasados de asistencia pública;y
4. Obligaciones futuras.

*La agencia local de mantenimiento de hijos puede interceptar las devoluciones de impuestos federales sobre los ingresos que se le deben al/a la padre/madre que no tiene la patria potestad. En conformidad con las leyes federales, este dinero no se puede aplicar a las obligaciones actuales de mantenimiento de hijos/esposa(o)/familia/relacionadas con la atención médica. Se tiene que aplicar al mantenimiento atrasado de hijos. Si un/a padre/madre que tiene la patria potestad ha recibido asistencia pública, incluyendo beneficios de Medi-Cal, se pagará primero la deuda atrasada de mantenimiento de hijos que se le debe al Estado/Condado.

CALIFORNIA NO COBRA UNA CUOTA PARA LA SOLICITUD DE SERVICIOS, NI TAMPOCO COBRA POR PRESTARLES SERVICIOS DE MANTENIMIENTO DE HIJOS A LOS SOLICITANTES. SIN EMBARGO, ALGUNOS ESTADOS SI COBRAN UNA CUOTA POR LOS SERVICIOS. SI SU CASO INVOLUCRA A UNO DE ESOS ESTADOS, ES POSIBLE QUE DEDUZCAN LA CUOTA, DE LOS PAGOS DE MANTENIMIENTO, O QUE LA AGREGUEN AL SALDO QUE SE DEBA, ADEMÁS, EN ALGUNAS SITUACIONES, ES POSIBLE QUE SE COBREN LOS COSTOS DE LAS PRUEBAS GENÉTICAS.

NOTIFICACION DE COBROS Y DISTRIBUCIÓN

Cada mes, usted recibirá de la agencia local de mantenimiento de hijos, una Notificación de Cobros y Distribución con respecto a los pagos de mantenimiento. La Notificación le indicara todo el mantenimiento que se ha cobrado y pagado durante el periodo específico indicado en la Notificación. Usted no recibirá una Notificación de Cobros y Distribución en un mes en que no se recibió ni se pago mantenimiento.

MANTENIMIENTO EN RELACION CON LA ATENCION MÉDICA Y MEDI-CAL

Cada niño/a tiene derecho a una orden de mantenimiento que le(s) requiera a uno o ambos padres proporcionar seguro médico, si dicho seguro está a la disposición a un costo razonable. Por lo general, se considera que el costo de un seguro médico es razonable, si es un seguro médico colectivo relacionado con el empleo u otro seguro médico colectivo. Sin embargo, para determinar si el costo es razonable, el tribunal también tomará en consideración el costo real del seguro médico.

La agencia local de mantenimiento de hijos le pedirá al tribunal que establezca o modifique una orden de mantenimiento de hijos, que le exija al/a la padre/madre que no tiene la patria potestad, que proporcione seguro médico, si está a la disposición a un costo razonable. El/la padre/madre que tiene la patria potestad también puede solicitar que la agencia local de mantenimiento de hijos modifique la orden de mantenimiento de hijos, para que se incluya una estipulación para seguro médico. Es posible que esto afecte la cantidad de la obligación mensual de mantenimiento de hijos. Si se le ordena al/a la padre/madre que no tiene la patria potestad que proporcione cobertura para seguro médico, la agencia local de mantenimiento de hijos se comunicará con el/la padre/madre que no tiene la patria potestad y con su empleador, si es necesario, para obtener el seguro médico para el/la niño/a. Después de que la agencia local de mantenimiento de hijos reciba la información acerca de la póliza, se le proporcionará una copia al/a la padre/madre que tiene la patria potestad.

El tener cobertura de seguro médico particular no le impide tener cobertura de Medi-Cal. Si recibe Medi-Cal, y tiene cobertura de seguro médico particular, individual o colectivo (incluyendo cobertura dental o de la vista), las leyes federales y estatales requieren que usted se lo informe al departamento de CalWORKs de su condado, a su proveedor de atención médica, o a la agencia local de mantenimiento de hijos. El no proporcionar esta información es un delito menor. Usted tiene que notificarle a su trabajador/a de elegibilidad de CalWORKs o a la agencia local de mantenimiento de hijos, en un plazo de diez días a partir de la fecha en que su cobertura de seguro médico particular cambie o termine. Además, usted tiene que informarle a su trabajador/a de elegibilidad de CalWORKs o a la agencia local de mantenimiento de hijos acerca de cualquier orden del tribunal que proporcione seguro médico.

Si usted solamente recibe beneficios de Medi-Cal, tiene que cooperar para establecer la paternidad y para obtener mantenimiento en relación con la atención médica, como condición para seguir reuniendo los requisitos para los beneficios de Medi-Cal, a menos que haya presentado una declaración de "motivo justificado" para no cooperar (CA 51), y el departamento de CalWORKs del condado la haya aprobado. Sus niños seguirán reuniendo los requisitos para recibir beneficios de Medi-Cal. Además, se le proporcionarán todos los servicios de mantenimiento de hijos, a menos que usted le diga a la agencia local de mantenimiento de hijos que no quiere recibir servicios que no estén relacionados con obtener mantenimiento en relación con la atención médica y establecer la paternidad. Es posible que el obtener mantenimiento en relación con la atención médica reduzca la cantidad de mantenimiento de hijos que usted recibe. En casos en que ambos padres están en el hogar, la agencia local de mantenimiento de hijos solamente establecerá la paternidad.

En conformidad con las leyes federales (Sección 1396a [25] del Código de los Estados Unidos Número 42 [U.S.C. 42]) el seguro médico de un beneficiario de Medi-Cal, en un caso de cumplimiento de mantenimiento de hijos o de mantenimiento en relación con la atención médica, se usa de la siguiente manera:

El proveedor del servicio le cobrará a Medi-Cal. Medi-Cal le pagará al proveedor del servicio. Entonces, Medi-Cal intentará obtener reembolso de la otra cobertura médica. Usted no es responsable de compartir ningún costo del seguro (coseguro, pago coparticipe o deducible), a menos que se tenga que pagar una parte del costo o un pago coparticipe de Medi-Cal. Si usted no coopera identificando su seguro médico particular, es posible que el proveedor le cobre a usted por el servicio. Si su otro seguro médico es un Plan Médico Pagado por Adelantado (Prepaid Health Plan-PHP) o una organización para el mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization-HMO), usted **tiene que** usar los establecimientos del plan para la atención médica regular. Medi-Cal no pagará los servicios de un proveedor no asociado a su PHP/HMO, a excepción de servicios fuera del área o la atención médica de emergencia. Los servicios fuera del área o la atención médica de emergencia se les deben cobrar al/a la emergencia. Los servicios fuera del área o la atención médica de emergencia se les deben cobrar al/a la PHP/HMO.

PARA OBTENER MAS INFORMACIÓN SOBRE LOS SERVICIOS DE MANTENIMIENTO DE HIJOS POR FAVOR CONSULTE SU MANUAL SOBRE EL MANTENIMIENTO DE HIJOS

DECLARACIÓN EN CONTRA DE LA DISCRIMINACIÓN

Es la práctica del Estado de California el asegurar que a todas las personas se les trate igual, y que a ninguna persona, debido a su identificación con un grupo étnico, raza, color, origen nacional, afiliación o creencia política, religión, sexo, edad o incapacidad, se le excluya de participar en algo, se le nieguen los beneficios de cualquier programa o servicio, ni que de otra manera se le someta a un trato que sea diferente al que se les brinda a los demás.

Cada agencia local de mantenimiento de hijos ha designado a un/a Coordinador/a de Derechos Civiles (Civil Rights Coordinator). Cualquier solicitante/beneficiario que piense que ha sido víctima de un trato discriminatorio puede presentar una queja de discriminación, comunicándose primero con el/la Coordinador/a de Derechos Civiles designado/a por la agencia local de mantenimiento de hijos, o escribiendo a: California Department of Child Support Services, Attn: Human Services Section, Civil Rights Office, P.O. Box 419064, Rancho Cordova, CA 95741-9064, o llamando al (916) 464-5200.

ORIENTACIÓN DE CASOS NUEVOS

Orientación de Casos Nuevos es una presentación informal acerca de servicios de mantenimiento de hijos. Le ayudara a usted a entender como funciona el proceso y le dara la oprtunidad de hablar con un trabajador de casos. A pesar de que la orientación de casos nuevos no es un requisito, los padres que han atendido esta presentación han aprendido mucho sobre lo que han de esperar durante el proceso de su caso de mantenimiento de hijos.

Si a usted le gustaría atender a una Orientación de Casos Nuevos, por favor traiga su aplicación completamente llena a una de las localidades que se enlistan en este paquete. Esta junta será limitada a los padres con custodia solamente. Por favor no traiga amigos, niños, ni familiares. Por favor llegue a tiempo.

CUANDO USTED VENGA A LA ORIENTACION:

- Favor de hacer copias de todos sus documentos para nuestra oficina antes de su llegada.
- Haga copias de cualquier orden de corte de mantenimiento de hijos. (si su orden no es de California, favor de traer una copia certificada)
- Traiga una foto del padre sin custodia si le es posible
- Por favor no traiga amigos, niños, ni familiares
- Y lo más importante, complete la aplicación lo mejor que pueda.

Si necesita ayuda con su aplicación, tiene preguntas, o no habla Ingles, por favor llámenos, antes de que venga a la orientación al (619) 236-7600.

NO HABRÁ ORIENTACIÓN EL SIGUIENTE DÍA FESTIVOS:

1 DE ENERO 2008
4 DE JULIO 2008
11 DE NOVIEMBRE 2008

CONDADO DE SAN DIEGO
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE MANTENIMIENTO DE HIJOS
SITIOS DE ORIENTACIÓN PARA NUEVOS CASOS

CENTRO

Sitio: 220 W. Broadway, Piso 6
 San Diego, CA. 92101

Fecha: El primer Viernes de cada mes (con excepción de días de festivos)

Hora: 9:00 a.m.

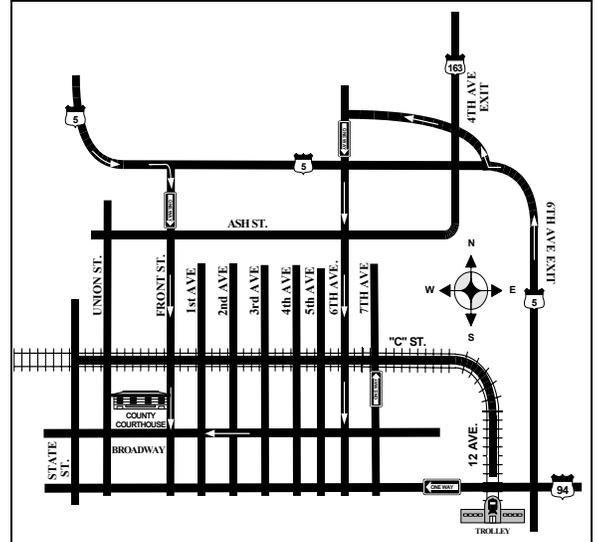
Transportación: Se sugiere el uso de transportación publica en vista del alto costo de estacionamiento en el centro.

- Transito de San Diego (619) 233-3004
- San Diego Trolley (619) 595-4949

Direcciones a la Corte de San Diego

Desde 15 Sur, tome 163 Sur	Desde 5 Sur
Salga en 4 th Ave.	Salga en Front/Civic Center
Izquierda en 4 th (un sentido)	Manténgase en la línea derecha
Derecha en Broadway	Derecha en Broadway
La Corte esta entre Front St. y Union St.	La Corte esta entre Front St. y Union St.

Desde 94 Oeste	Desde 5 Norte
La carretera se convierte en "F" St.	Salga en 6 th Ave
Derecha en 7 th Ave.	Izquierda en el Alto de la Ave 6ta
Izquierda en Broadway	Derecha en Broadway
La Corte esta entre Front St. y Union St.	La Corte esta entre Front St. y Union St.



CONDADO NORTE

Sitio: 700 Eucalyptus Ave.
 Vista, CA 92084-6245

Fecha: Primer Martes de cada mes (con excepción de días de festivos)

Hora: 10:00 a.m.

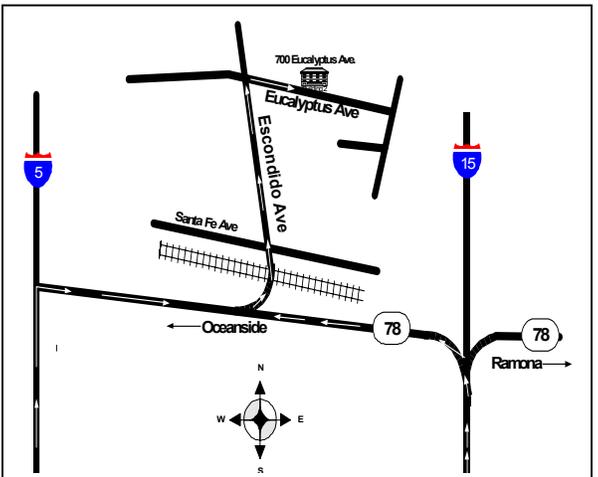
Transportación: Autobús ruta #331, o llame a transito del condado Norte al 1 (800) COMMUTE

- Amplio estacionamiento gratuito

Direcciones a la Biblioteca de Vista

Desde I-5
 Tome la salida hacia CA-78 (Este) Vista/San Marcos/Escondido
 Salga hacia Escondido Ave
 Izquierda (Norte-Este) hacia Escondido Ave
 Derecha (Este) hacia Eucalyptus Ave

Desde I-15
 Tome la salida hacia CA-78 Oceanside/Ramona
 CA-78 Oeste, salga hacia Escondido Ave.
 Derecha (Norte-Este) hacia Escondido Ave.
 Derecha (Este) hacia Eucalyptus Ave.



CONDADO DE SAN DIEGO
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE MANTENIMIENTO DE HIJOS
SITIOS DE ORIENTACIÓN PARA NUEVOS CASOS

CONDADO SUR

Sitio: 690 Oxford St.

Chula Vista, CA 91911

Fecha: 3er Martes de cada mes (con excepción de días de festivos)

Hora: 10:00 a.m.

Transportación: Autobus ruta #932, o llame al transito de San Diego (619) 233-3004

- Amplio estacionamiento gratuito

Direcciones a HHSa Centro Regional del Sur

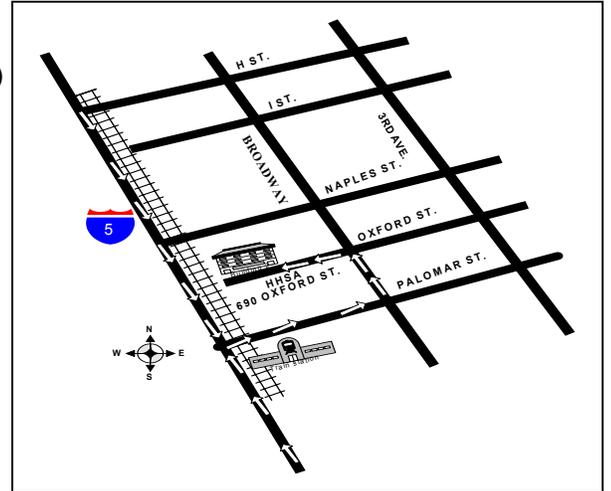
Desde I-5

Tome la salida Palomar St. Este

Izquierda en Broadway St.

Izquierda en Oxford St.

HHSa Centro Regional del Sur esta a la Derecha



CONDADO ESTE

Sitio: 201 East Douglas Ave

El Cajon, CA. 92020

Fecha: Segundo Martes de cada mes (con excepción de días de festivos)

Hora: 11:00 a.m.

Transportación: Autobús ruta #815, o llame a Transito de San Diego (619) 233-3004

- Amplio estacionamiento gratuito disponible

Direcciones a la Biblioteca de El Cajon

Desde I-8 Este

Tome la salida Magnolia Ave. - Sur

Derecha en North Magnolia Ave.

Izquierda en Douglas Ave. Este





JEFFREY GRISSOM
DIRECTOR

ROBERT L. LAFER
CHIEF LEGAL COUNSEL

County of San Diego
DEPARTMENT OF CHILD SUPPORT SERVICES

220 W. BROADWAY, 6TH FLOOR
SAN DIEGO, CA 92101
(619) 236-7600
Mailing Address:
PO Box 122031, San Diego, CA 92112
Payment Address:
STATE DISBURSEMENT UNIT
PO BOX 989067
WEST SACRAMENTO, CA 95798

NOTICE TO ALL CUSTODIAL PARTIES AND NON-CUSTODIAL PARENTS

SUBJECT: OPERATION ENDURING FREEDOM – REVIEW AND ADJUSTMENT REQUESTS

THE SERVICEMEMBERS CIVIL RELIEF ACT- RESTRICTION ON INTEREST

This is to tell you about a federal law called The Servicemembers Civil Relief Act (SCRA). This Act offers certain benefits to a parent who has recently been called to active duty as a result of our War on Terrorism, the war in Iraq, or any other United States action that deploys servicemembers into active military duty.

- If your income has gone down since you were called to active military service, you may be able to have your current child support amount changed.
- You may also receive a lower interest rate charged on any past due child support you owed before you were called to active military service.

Changes to Child Support Orders

If you were called to active military services and you are a Custodial Party or Non-Custodial Parent, your local child support agency (LCSA) must allow you to request a review of your current support order. The review process may result in an upward or downward change or no change. Once the review has been completed, both parents must receive a notice.

Lower Interest Rate On Past Due Support

A parent called to military service may also ask for a lower interest rate on child support arrearages under the SCRA. The interest rate on unpaid child support is usually ten percent in California. However, a servicemember may request the LCSA to lower the interest rate from ten percent down to six percent charged on past due support that was owed before the date you entered into active duty military service.

Your request for a lower interest rate must be in writing and say that you are making this request because of the Servicemembers Civil Relief Act. You must also provide documentation of active duty status and provide the date when active duty began.

To request a change to your child support order or a lower interest rate on past due support as allowed in the Servicemembers Civil Relief Act, contact your local Child Support Agency at:

**Department of Child Support Services
P.O. Box 122031
San Diego, California 92112-2031
(619) 236-7600**